

Fill in this information to identify the case:

Debtor 1 THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

Debtor 2 \_\_\_\_\_  
(Spouse, if filing)

United States Bankruptcy Court for the: District of Puerto Rico

Case number 17-03283 LTS

## Official Form 410

# Proof of Claim

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a bankruptcy case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense. Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

A person who files a fraudulent claim could be fined up to \$500,000, imprisoned for up to 5 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 157, and 3571.

Fill in all the information about the claim as of the date the case was filed. That date is on the notice of bankruptcy (Form 309) that you received.

### Part 1: Identify the Claim

1. Who is the current creditor?	<u>PUERTO RICO LEGAL ADVOCATES PSC</u> Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)  Other names the creditor used with the debtor _____	
2. Has this claim been acquired from someone else?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent?  Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)	<b>Where should notices to the creditor be sent?</b>  <u>PUERTO RICO LEGAL ADVOCATES PSC</u> Name <u>PO BOX 7462</u> Number Street <u>PONCE</u> <u>PR</u> <u>00732</u> City State ZIP Code  Contact phone <u>787-844-1444</u> Contact email <u>alexandra.bigas@gmail.com</u>  Uniform claim identifier for electronic payments in chapter 13 (if you use one): _____	<b>Where should payments to the creditor be sent? (if different)</b>  <u>PUERTO RICO LEGAL ADVOCATES PSC</u> Name <u>203 SAN CRISTOBAL OFFICE PARK STE 201</u> Number Street <u>COTO LAUREL</u> <u>PR</u> <u>00780</u> City State ZIP Code  Contact phone <u>787-284-6403</u> Contact email _____
4. Does this claim amend one already filed?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) _____ Filed on _____ MM / DD / YYYY	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? _____	

**Part 2: Give Information About the Claim as of the Date the Case Was Filed**

6. Do you have any number you use to identify the debtor? ☐ No  
☒ Yes. Last 4 digits of the debtor's account or any number you use to identify the debtor: 5 6 3 5

7. How much is the claim? \$ 70,856.00 Does this amount include interest or other charges?  
☒ No  
☐ Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A).

8. What is the basis of the claim? Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card.  
Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c).  
Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.

PR TAX REIMBURSEMENT FOR 2015 AND 2016 YEARS

9. Is all or part of the claim secured? ☒ No  
☐ Yes. The claim is secured by a lien on property.

**Nature of property:**

☐ Real estate. If the claim is secured by the debtor's principal residence, file a *Mortgage Proof of Claim Attachment* (Official Form 410-A) with this *Proof of Claim*.

☐ Motor vehicle

☐ Other. Describe: \_\_\_\_\_

**Basis for perfection:** \_\_\_\_\_

Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)

**Value of property:** \$ \_\_\_\_\_

**Amount of the claim that is secured:** \$ \_\_\_\_\_

**Amount of the claim that is unsecured:** \$ \_\_\_\_\_ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.)

**Amount necessary to cure any default as of the date of the petition:** \$ \_\_\_\_\_

**Annual Interest Rate** (when case was filed) \_\_\_\_\_ %

☐ Fixed

☐ Variable

10. Is this claim based on a lease? ☒ No  
☐ Yes. Amount necessary to cure any default as of the date of the petition. \$ \_\_\_\_\_

11. Is this claim subject to a right of setoff? ☒ No  
☐ Yes. Identify the property: \_\_\_\_\_

**12. Is all or part of the claim entitled to priority under 11 U.S.C. § 507(a)?**

A claim may be partly priority and partly nonpriority. For example, in some categories, the law limits the amount entitled to priority.

☐ No

☒ Yes. Check one:

	Amount entitled to priority
<input type="checkbox"/> Domestic support obligations (including alimony and child support) under 11 U.S.C. § 507(a)(1)(A) or (a)(1)(B).	\$ _____
<input type="checkbox"/> Up to \$2,850* of deposits toward purchase, lease, or rental of property or services for personal, family, or household use. 11 U.S.C. § 507(a)(7).	\$ _____
<input type="checkbox"/> Wages, salaries, or commissions (up to \$12,850*) earned within 180 days before the bankruptcy petition is filed or the debtor's business ends, whichever is earlier. 11 U.S.C. § 507(a)(4).	\$ _____
<input type="checkbox"/> Taxes or penalties owed to governmental units. 11 U.S.C. § 507(a)(8).	\$ _____
<input type="checkbox"/> Contributions to an employee benefit plan. 11 U.S.C. § 507(a)(5).	\$ _____
<input checked="" type="checkbox"/> Other. Specify subsection of 11 U.S.C. § 507(a)(8C) that applies.	\$ <u>70,856.00</u>

\* Amounts are subject to adjustment on 4/01/19 and every 3 years after that for cases begun on or after the date of adjustment.

**Part 3: Sign Below**

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

A person who files a fraudulent claim could be fined up to \$500,000, imprisoned for up to 5 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152, 157, and 3571.

Check the appropriate box:

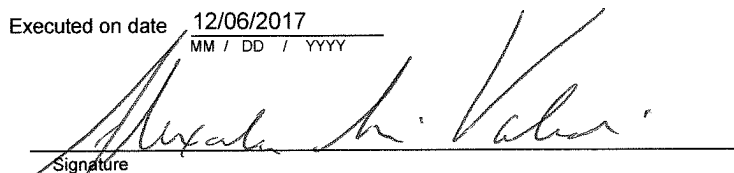
- ☒ I am the creditor.
- ☐ I am the creditor's attorney or authorized agent.
- ☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004.
- ☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on date 12/06/2017  
MM / DD / YYYY

  
Signature

Print the name of the person who is completing and signing this claim:

Name ALEXANDRA BIGAS VALEDON  
First name Middle name Last name

Title ATTORNEY FOR CREDITOR

Company \_\_\_\_\_  
Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Address PO BOX 7462  
Number Street  
PONCE PR 00732  
City State ZIP Code

Contact phone 787-844-1444 Email alexandra.bigas@gmail.com

Formulario 480.2 Rev. 02.16

Liquidador:	Revisor:	2015	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2015	Número de Serie
Investigado por:			<b>Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones</b>		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA
Fecha			AÑO CONTRIBUTIVO COMENZADO EL		Sello de Pago
R M N			01 de abr de 2015 Y TERMINADO EL 31 de mar de 2016		
Nombre del Contribuyente <b>PUERTO RICO LEGAL ADVOCATES, PSC</b>			Número de Identificación Patronal <b>66-0795635</b>		
Dirección Postal <b>203 SAN CRISTOBAL OFFICE PARK SUITE 201</b>			Núm. de Registro del Departamento de Estado <b>320195</b>		
COTO LAUREL PR Código Postal <b>00780</b>			Clave Industrial <b>5411</b> Cod. Municipal <b>63</b>		
Localización de la Industria o Negocio Principal - Número, Calle, Pueblo <b>203 SAN CRISTOBAL OFFICE PARK SUITE 201 COTO LAUREL, PR 00780</b>			Número de Registro de Comerciante <b>05503570008</b>		
Naturaleza de la Industria o Negocio Principal (Ej. Ferretería, Cafetería, etc.) <b>SERVICIOS LEGALES</b>			Número de Teléfono - Extensión <b>(787) 243 - 9699</b>		Tipo de Entidad <b>CORPORACION</b>
Marque el encasillado correspondiente, si aplica <input type="checkbox"/> Primera planilla <input type="checkbox"/> Última planilla			Cambio de Dirección <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Contratos con Organismos Gubernamentales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail)		Número de grupo <b>11583</b>

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.

Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Parte IV, línea 58. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) .....	(1)	<b>45,522.00</b>
	A) Acreditar a la contribución estimada 2016 .....	(1A)	<b>33,022.00</b>
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan .....	(1B)	<b>0.00</b>
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico .....	(1C)	<b>0.00</b>
	D) A REINTEGRAR .....	(1D)	<b>12,500.00</b>
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Parte IV, línea 58) .....	(2)	<b>0.00</b>
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla .....	(3a)	<b>0.00</b>
	(b) Intereses .....	(3b)	<b>0.00</b>
	(c) Recargos \$0 y Penalidades \$0 .....	(3c)	<b>0.00</b>
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) .....	(4)	<b>0.00</b>

JURAMENTO

Nosotros, los suscribientes, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.

**SALVADOR ROVIRA RODRIGUEZ**

Nombre del presidente o vicepresidente

Firma del presidente o vicepresidente

Fecha

**SALVADOR ROVIRA RODRIGUEZ**

Nombre del tesorero o tesorero auxiliar

Firma del tesorero o tesorero auxiliar

Fecha

Nombre del agente

Firma del agente

Fecha

PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recibida y ésta puede ser verificada.

Nombre del especialista (Letra de molde)	Núm. de registro	Fecha	Marque si es especialista por cuenta propia
<b>4P JOSE A SILVA RIVERA</b>	<b>5 1 6 9</b>	<b>7/15/16</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de la firma			
<b>SILVA CPA GROUP, PSC</b>			
Firma del especialista	Dirección	Código postal	
	<b>P.O. BOX 801469 COTO LAUREL, PR</b>	<b>00780</b>	

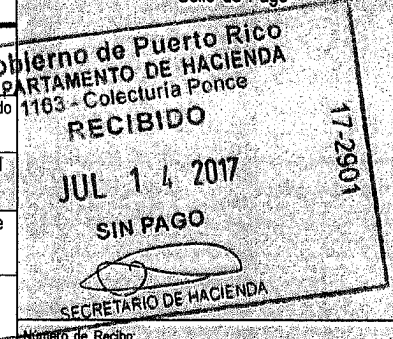
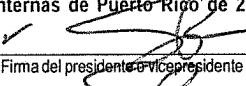
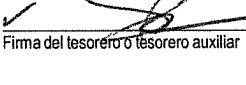
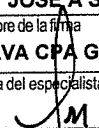
NOTA AL CONTRIBUYENTE

Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ Si ☐ No. Si contesto "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años



Formulario 480.2 Rev. 09.16

Liquidador:	Revisor:	<b>2016</b>	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	<b>2016</b>	Número de Serie
Investigado por:		<b>Planilla de Contribución sobre Ingresos de Corporaciones</b> AÑO CONTRIBUTIVO COMENZADO EL <b>01 de abr de 2016 Y TERMINADO EL 31 de mar de 2017</b>			
Fecha					
R. M. N.					
Nombre del Contribuyente <b>PUERTO RICO LEGAL ADVOCATES, PSC</b>		Número de Identificación Patronal <b>66-0795635</b>			
Dirección Postal <b>203 SAN CRISTOBAL OFFICE PARK SUITE 201</b>		Núm. de Registro del Departamento de Estado <b>320195</b>			
<b>COTO LAUREL PR</b>		Clave Industrial <b>5411</b>			
Código Postal <b>00780</b>		Cod. Municipal <b>63</b>			
Localización de la Industria o Negocio Principal - Número, Calle, Pueblo <b>203 SAN CRISTOBAL OFFICE PARK SUITE 201 COTO LAUREL PR 00780</b>		Número de Registro de Comerciante <b>05503570008</b>		Número de Teléfono - Extensión <b>(787) 243 - 9699</b>	
Naturaleza de la Industria o Negocio Principal (Ej. Ferretería, Cafetería, etc.) <b>SERVICIOS LEGALES</b>		Fecha de Incorporación Día <b>31</b> / Mes <b>12</b> / Año <b>2012</b>		Tipo de Entidad <b>CORPORACION</b>	
Marque el encasillado correspondiente, si aplica 1 <input type="checkbox"/> Primera planilla    2 <input type="checkbox"/> Última planilla Contratos con Organismos Gubernamentales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Lugar de Incorporación <b>PUERTO RICO</b> Indique si es miembro de un grupo de entidades relacionadas <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico de Persona Contacto (E-mail)		Número de grupo <b>11583</b>			
<b>PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.</b>					
<b>Reintegro</b>	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Parte IV, línea 58. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) ..... (1)				
	A) Acreditar a la contribución estimada 2017 ..... (1A)				58,356.00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan ..... (1B)				0.00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico ..... (1C)				0.00
	D) A REINTEGRAR ..... (1D)				58,356.00
<b>Pago</b>	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Parte IV, línea 58) ..... (2)				
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla ..... (3a)				0.00
	(b) Intereses (Véanse instrucciones) ..... (3b)				0.00
	(c) Recargos 0 y Penalidades 0 (Véanse instrucciones) ..... (3c)				0.00
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) ..... (4)					0.00
<b>JURAMENTO</b>					
Nosotros, los suscribientes, presidente (o vicepresidente u otro oficial principal) y tesorero (o tesorero auxiliar), o agente de la corporación a nombre de la cual se hace esta planilla de contribución sobre ingresos, cada uno por sí, bajo el más solemne juramento y so pena de perjurio, declaramos que hemos examinado la misma (incluyendo anejos y estados que la acompañan), y que según nuestro mejor conocimiento y creencia es una planilla exacta, correcta y completa, hecha de buena fe, de acuerdo con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, y sus Reglamentos.					
<b>SALVADOR ROVIRA RODRIGUEZ</b> Nombre del presidente o vicepresidente		 Firma del presidente o vicepresidente		7-13-2017 Fecha	
<b>SALVADOR ROVIRA RODRIGUEZ</b> Nombre del tesorero o tesorero auxiliar		 Firma del tesorero o tesorero auxiliar		7-13-2017 Fecha	
Nombre del agente		Firma del agente		Fecha	
<b>PARA USO DEL ESPECIALISTA SOLAMENTE</b>					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado esta planilla (incluyendo los anejos y estados adjuntos), y a mi mejor conocimiento y creencia, los datos en la misma son ciertos, correctos y constituyen en conjunto una planilla exacta y completa. La declaración de la persona que prepara esta planilla es con relación a la información recibida y ésta puede ser verificada.					
Nombre del especialista (Letra de molde) <b>JOSE A SILVA RIVERA</b>		Núm. de registro <b>5   1   6   9  </b>		Fecha <b>6/28/17</b> Marque si es especialista por cuenta propia <input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre de la firma <b>SILVA CPA GROUP, PSC</b>					
Firma del especialista 		Dirección <b>P.O. BOX 801469 COTO LAUREL PR</b>		Código postal <b>00780</b>	
Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No. Si contesto "Sí", exija la firma y el número de registro del Especialista. Período de Conservación: Diez (10) años					